

casario repetir la dosis cuando no hay lesión hepática o gran inmadurez, del órgano. La aplicación de sangre por vía intramuscular a sido deshechada, ya que por medio de ella puede causarse inmunización al RH.

Se vestirá al pequeño con la ropa que se acostumbra en la institución, se procederá también a establecer la identificación niño-madre según el método acostumbrado (generalmente se emplea el brazalete de distinto material).

Seguidamente se procederá a hacer un examen clínico, este examen se puede dejar para una ocasión más propicia en caso de que las condiciones generales del niño sean desfavorables.

El traslado del pequeño de la sala de partos al servicio de prematuros, debe hacerse con sumo cuidado con el fin de evitar enfriamientos que pueden ocasionar serias dificultades.

CUIDADOS POSTERIORES AL PARTO

(Proporcionados en la Sala de Prematuros)

Al ingreso del niño en la sala de prematuros, de una manera rápida se procederá a hacer una inspección general, con el fin de darse cuenta de las condiciones de su toxemia, inmediatamente se procederá a colocarlo dentro de la incubadora, que previamente se habrá calentado con la temperatura que en promedio es necesaria en estos niños (28 a 30o.C) y con un ambiente oxigenado de 30 a 35%. Al efectuar la inspección deberá revisarse la identificación niño-madre, con el fin de evitar futuras equivocaciones. Se tomarán datos de identificación, antecedentes del embarazo y parto, que son necesarios, abriéndose el expediente correspondiente. En caso de que las maniobras inmediatas al parto no hayan sido llevadas a cabo en la sala de partos deberán hacerse en la sala de prematuros al ingresar el pequeño.

Los cuidados posteriores al prematuro lo mismo desde el punto de vista médico como de enfermería están basados en las desventajas fisiológicas de estos niños y su origen, además de las condiciones patológicas que presenta. Así que esencialmente estarán encaminadas a: regu-

lar la temperatura corporal, prevenir la anoxia, profilaxis de las infecciones, la alimentación por métodos correctos, atención de las emergencias que se presenten, prevención de la anemia y de los desequilibrios electrolíticos, etc., siendo del curso de la enfermera los 5 primeros, además no debe olvidarse que una de las funciones más importantes es la observación cuidadosa e intencionada del niño, de manera de poder proporcionar al médico datos de evolución normal o patológica, que normen sus disposiciones posteriores. Dentro de estas observaciones sobresalen las de: color de la piel, tipo de respiración, tolerancia al alimento (vómitos, distensión gástrica o intestinal), caracteres y número de las evacuaciones, respuestas a estímulos al medio, actividad del niño, etc..

La termolabilidad del prematuro que lo mismo permite la hipo que la hipotermia según sea la temperatura del medio ambiente, se controla manteniendo esta en determinados límites, a manera de no producir modificaciones en la del niño, estando este en más predisposición a la hipotermia. El mantenimiento de la temperatura ambiental puede llevarse a cabo por distintos métodos, unos primitivos y sencillos y otros más científicos y complicados. En el medio hospitalario se utilizan las incubadoras. En la actualidad se tienden a usar aquellas, que permiten un aislamiento y observación real del niño, al mismo tiempo que automáticamente mantienen la temperatura ambiental dentro de los límites necesarios y con variaciones mínimas. Tiene además la ventaja de un manejo sencillo y de no tener que sacar al pequeño prácticamente para nada, de manera que no haya pérdida de calor, ni de oxígeno.

(Modelo de incubadora isolette)

Para uso pasajero, transicional, de aquellos prematuros que se sacan de la incubadora mencionada, existen otras que si se destapan para el manejo del niño, o bien cunas calentables en las que el niño se encuentra vestido a diferencia de las anteriores. Ocasionalmente en medio hospitalario y frecuentemente en el domiciliario, el calentamiento en cuna se lleva a cabo por medio de lámparas de luz colocadas encima del niño, o de cojines eléctricos y en ocasiones por bolsas de agua caliente.

- 1.— La temperatura de la incubadora debe ser siempre la mínima con la que el niño conserva la temperatura corporal normal.

- 2.— La temperatura corporal debe ser entre 36.5o. y 37o. C tomada en el recto o de 36.5o. C tomada en la piel.
- 3.— Las oscilaciones de la temperatura corporal no deben ser superiores a 3 décimas de grado C.
- 4.— Tratar siempre de ir disminuyendo la temperatura de la incubadora hasta llegar a la del medio ambiente, momento en el cual el niño se viste y puede pasar a una cuna.

OXIGENOTERAPIA

Generalmente se emplea la oxigenoterapia en todos los niños con peso menor de 1.700 kg. quedando a criterio médico su aplicación en niños de mayor peso y en los que tienen más de 24 horas de nacidos.

De manera general se emplea cámara de oxígeno, la incubadora misma con concentraciones iniciales no mayores de 40% y frecuentemente de 35% las que por común se obtienen con un paso de 1.5 a 2 litros por minuto, después de las primeras 24 horas, se va disminuyendo la concentración, de una manera progresiva aunque lentamente, tratando de suspender su aplicación entre el tercero y el quinto día. El anterior procedimiento queda sujeto a las condiciones particulares en cada caso y al criterio médico. En caso de urgencia se aplicará la administración directa a través de sonda nasal o mascarilla (galte, embudos) y en casos patológicos especiales la aplicación por vía gástrica.

En la administración por sonda nasal se empleará una sonda neta-ton de número 8 o 10, teniendo cuidado que su punta esté en rinofaringe y no en las narinas, pues irrita mucho la mucosa. En la aplicación por medio de mascarilla se tendrá cuidado de proteger los bordes de esta con gasa y tela adhesiva con el fin de que no lesionen la cara del pequeño.

.....

La administración por vía gástrica se lleva a cabo por medio de sondas, una que se pasa hasta la cavidad gástrica, que está conectada a la fuente de oxígeno, pasando este a una velocidad no mayor de 2 litros por minuto, cuidando de que no haya distensión abdominal, la otra se pasa hasta el esófago y su extremo se conecta a un recipiente lleno de

agua que burbujee continuamente lo que indica la salida del gas residual. De este modo se instala una corriente continua de oxígeno en el estómago, que por lo general es aprovechado en pequeña proporción.

INCUBADORA ISOLETTE

Es de forma rectangular, constituida de plástico transparente por todas sus partes menos en la base, esta es de aluminio, en el interior de la cual se encuentra el sistema de calentamiento, este es automático pudiendo graduarse a una determinada temperatura sin que sea modificado por el medio ambiente en que se encuentre. Al mismo tiempo que incubadora es una cámara de oxígeno abierta que comunica al exterior por pequeños orificios laterales que pueden ser tapados cuando así se desee.

El gabinete transparente en cuyo interior se encuentra el niño tiene una base movable en la que se coloca el colchón, a la que se le pueden dar posiciones de fowler o trendelenburg. Presenta en ambas caras laterales dos orificios destinados a dar paso a la persona que maneja al pequeño y que se encuentran cerradas herméticamente por un sistema de círculos concéntricos y tela de plástico. En su cara superior la parte media posee un pequeño orificio por el cual pasa un gancho, unido al exterior por la báscula y en cuyo extremo interior se puede colgar una pequeña hamaca que sirve para pesar al niño. De esa manera el prematuro se encuentra realmente en aislamiento del medio exterior, pudiéndose observarlo perfectamente, se le puede pesar y manejar sin necesidad de sacarlo de la incubadora.

La atención del cordón al momento del parto ya fué descrito con anterioridad, al ingreso al servicio de prematuros debe vigilarse que la ligadura sea correcta de manera que impida la salida de sangre, el aseo se lleva a cabo únicamente por agua hervida dando unos toques de alcohol en algunas instituciones se acostumbra al descubierto, y en otras se cubre con una gasa estéril que lo aísla de la pared abdominal, ya que al estar en contacto con ella puede causar irritaciones de la piel y se fija el apósito con una venda elástica, la curación umbilical se hace generalmente cada tercer día, siendo necesario hacerla diario en caso de infec-

ción haciendo curación con toques de algún antiséptico, o cuando se ensucia la venda. Es contraindicado en casos de infección la aplicación de compresas con alcohol, los toques de yodo, y la aplicación local de antibióticos, los dos primeros por que pueden dar lugar a intensas quemaduras de la piel que pueden llegar a la necrosis y las segundas por que no parece ser práctico, ya que al conservar húmeda la región producen irritación marcada en la piel.

Con el objeto de que la ropa no aisle al niño de la temperatura del medio ambiente, mientras esté dentro de la incubadora se vestirá solo con el pañal, al sacarlo de ella se vestirá con la ropa habitual en la institución que generalmente consiste en camiseta, camión de franela, pañal, en ocasiones medias, además si es necesario se le cubrirá con una sábana y cobertor.

Al ingresar el pequeño al servicio, principalmente si su edad extrauterina es menos de 24 horas se le colocara en descúbito ventral y trendelemburg, con el fin de facilitar la salida de las flemas hacia la cavidad bucal y sean más accesibles a la aspiración, posteriormente la posición de elección es la de descúbito ventral horizontal, cambiándose a la de fowler por unos 15 a 30 minutos después de los alimentos. En los niños muy pequeños, en los cuales su actividad es muy escasa, debe tomarse la precaución de cambiarlos frecuentemente de posición, los mayores lo hacen solos.

La toma de temperatura al ingreso debe de hacerse cada 15 o 20 minutos hasta situar la temperatura de la incubadora en condiciones de mantener correcta la temperatura corporal, posteriormente se tomará cada 4 u 8 horas, de acuerdo con el criterio médico, se acostumbra tomar la temperatura rectal dejando el termómetro por 1 minuto, en algunas instituciones se usa tomarla en la piel con el fin de evitar infecciones cruzadas o que el termómetro actúe como supositorio. La temperatura rectal es la que proporciona el dato más preciso, y haciéndolo con una técnica correcta, se evita la infección cruzada por esta vía. Esta justificada la toma de temperatura en la piel en casos de diarrea para evitar su acción evacuante. También es aconsejable tomar la temperatura en piel en casos en que no se cuente con un termómetro para cada niño.

De ser posible, principalmente en los niños más pequeños se apro-

vechará la posición que tenga, para la introducción del bulbo al recto, en casos en que es necesario mover al niño la posición que se prefiere es la de decúbito lateral, con el muslo flexionado, se separarán ligeramente los glúteos y se introducirá el bulbo aproximadamente de 1 a 1.5 cm., haciendo presión sobre los glúteos con el fin de que desaparezcan la contracción refleja del ano, una vez tomada la temperatura se hará la anotación correspondiente en la hoja de la enfermera y posteriormente en la gráfica de temperaturas.

- 1 charola conteniendo.
- 1 recipiente con solución antiséptica (para colocar el termómetro).
- 1 termómetro rectal.
- 1 jabonera con jabón, (un recipiente con jabón líquido).
- 1 recipiente con agua.
- 1 recipiente con torundas.
- 1 recipiente con vaselina (sólida o líquida)
Trocitos de papel o algodón para lubricar el termómetro.
- 1 bolsa de desperdicios.
- 1 lápiz para hacer las anotaciones correspondientes).

TECNICA

- 1.— Se toma el termómetro, y se pasa sobre él una torunda seca, con el fin de quitar la solución empleada.
- 2.— Se procede a la lubricación del termómetro, con un papelito o con una torunda que previamente se ha envaselinado.
- 3.— Se procede a la toma de la temperatura, colocando al pequeño en la posición que se desee según se haga la toma de la temperatura rectal o axilar, o bien, si el niño es muy pequeño se hará la toma de la temperatura en la posición en que se encuentre, si la toma de la temperatura se hace en el recto el termómetro se dejará por 1 minuto y si es axilar el tiempo conveniente es de 3 a 5 minutos.

.....

- 4.— Una vez tomada la temperatura, se coloca al pequeño en una posición cómoda.
- 5.— Se lavan las manos.
- 6.— Se procede a la lectura del termómetro, y se hacen las anotaciones del dato en la hoja de la enfermera, y posteriormente en la gráfica.
- 7.— Se procede a la asepsia del equipo, dejándolo listo para ser empleado en la próxima toma de temperatura.

Una vez que se haya tomado la temperatura y hecho las anotaciones se procederá al cuidado del equipo, con el objeto de dejarlo listo para cuando se vuelva a usar.

Generalmente no es necesario pesar al niño diariamente, se acostumbra hacerlo cada tercer día, siendo aceptable efectuarlo dos veces por semana, una de las ventajas de la incubadora tipo Isolette es de que se puede pesar al niño sin sacarlo de ella. Los que están en cuna se pesan desnudos sobre un pañal cuyo peso ya a sido destarado. Es conveniente contar con balanza pesa bebés que puedan marcar pesos de 5 en 5 gramos.

El manejo de la enfermera al prematuro debe ser siempre llevado al cabo en el mínimo de tiempo posible, y en la forma más gentil, sobre todo en los más pequeños en peso y en edad, es por eso que en los servicios de prematuros se aprovecha la hora de los alimentos para el manejo indispensable diario, haciendo entonces la toma de temperatura, aseo del niño, vestirlo, peso, etc.

Desde el punto de vista de enfermería en la alimentación lo que interesa es, los métodos y técnicas de aplicación de ellos, más que la elección de la leche ya que es el médico el encargado de prescribirlo.

Son 5 los métodos más comunmente empleados en la alimentación del prematuro con las siguientes indicaciones y características en su técnica.

Alimentación por sonda.— Indicada en aquellos niños carentes de reflejos de succión y de deglución, o en aquellos niños que se cansan mucho al tomar alimentos por otros métodos.

Técnica.— Preferentemente se emplea la sonda de neolatón de calibre de 6 a 12, se introduce por vía bucal en cada una de las tomas, en caso de que haya escasés de personal competente para la introducción de la sonda se utilizará la de polietileno, pasada por vía nasal, que se fija y se puede dejar a permanencia durante 5 o 10 días.

Equipo.—

- 1 toalla o babero (compresa)
- 1 compresa para envolver el equipo
- 1 jeringa
- 2 vasitos graduados
- 1 pinza.

Todo el equipo anterior debe estar estéril.

El recipiente que contiene la leche puesto en baño maría con el fin de conservar la temperatura deseada.

Técnica.—

- 1.— Se lavan las manos, se coloca el equipo sobre un buró o mesa que esté cerca del lugar en que se efectuará el procedimiento.
- 2.— Se protegerá al niño con la toalla o babero.
- 3.— Se procede a medir la sonda, de la glabella al apéndice xifoide, colocando la pinza en el sitio medido.
- 4.— Se procede a introducir la sonda, sosteniendo la cabeza con la mano izquierda, se toma la sonda con la derecha y se introduce por la boca dirigiéndola hacia atrás y abajo de la faringe, haciéndola pasar por el esófago. Cuando la pinza que marca el límite queda en el borde de los labios, se considera que la punta de la sonda está situada inmediatamente arriba del cardias.
- 5.— La extremidad libre de la sonda se introduce en un vasito con agua con el fin de comprobar que la sonda se encuentre en vía digestiva y no en respiratoria.
- 6.— Con la sonda aún pinsada se adapta la jeringa al extremo de la sonda, se llena de alimento, se despinza y se deja que el alimento

pase únicamente por gravedad, si es necesario volver a llenar la jeringa se pinzara la sonda para evitar el paso del aire.

7.— Una vez terminado de pasar el alimento se pinza nuevamente la sonda y se saca con un movimiento rápido, tendiente a evitar el goteo de la leche a su paso por el orificio de la tráquea.

8.— Se coloca al niño en posición de Fowler, o en decúbito lateral, para facilitar el eructo del aire que pudiera haber pasado.

En caso que se presenten, vómitos o tos durante la administración del alimento, debe pinzarse la sonda y colocar al niño en decúbito lateral suspendiendo la administración del alimento mientras pase el accidente.

....

El equipo necesario para la alimentación por la sonda de polietileno, es el mismo que para la alimentación por sonda, de hule, sólo que en vez de ésta, se usa la sonda de polietileno, que en su parte superior posee un embudo y un tapón de hule que es el que indica hasta donde se introducirá la sonda, se fijará en la cara del niño por medio de telas adhesivas, los sitios de elección para la fijación son la frente y la mejilla.

Por gotero se utiliza en niños con reflejo de deglución y ausencia o marcada debilidad de el de succión.

Es conveniente cubrir el extremo del gotero con un pequeño de sonda de hule para no lesionar la mucosa bucal, el extremo del gotero se coloca en medio y atrás de la lengua, y al mismo tiempo que se deposita el alimento se hace ligera presión sobre la lengua para estimular el reflejo de succión.

Equipo.—

1 compresa

1 gotero protegido en su extremidad por un trozo de sonda de hule, de longitud de 1.5 a 2 cm.

1 vasito graduado.

1 pescadera, con agua caliente (para poner a baño maría el alimento)

Todo el equipo anterior debe estar estéril, además, una toalla o un babero.

.....

Alimentador.—Indicado cuando existen ambos reflejos pero el de succión se encuentra muy débil y el niño se cansa fácilmente, se emplea el alimentador comercial, o una jeringa (de deshecho) a la cual en su pibote se le adapta un pequeño bulbo de gotero perforado y el embolo hace las veces de pera de hule.

Equipo.—

- 1 alimentador
- 1 compresa
- 1 vaso graduado
- 1 pescadera para el agua caliente (calentar a baño maria el alimento).
El equipo anterior debe estar estéril, además se utilizará,
- 1 babero

El recipiente conteniendo el alimento en baño maría.

Alimentación por botella.— Esta indicado cuando los reflejos de succión y el de deglución son normales. Se aconseja el uso de botellas de boca de mediana amplitud, con la mamila de hule suave, debe tenerse cuidado de que los orificios de salida del alimento sean de tamaño adecuado con el fin de evitar que el niño se atragante, o se exija mucho esfuerzo para succionar.

Alimentación al pecho materno, no es aconsejable en el prematuro recién nacido pudiéndose utilizar en niños de 4 o 5 días de nacidos cuyo peso sea mayor de 2 kgs.

El baño debe hacerse 2 o 3 veces por semana con el fin de no quitar a la piel todo el vernix grasoso que la cubre sino dejarle en una determinada cantidad ya que existe el criterio de que lo protege del frío, el baño de aceite es el más utilizado, el baño de agua es aconsejable cuando el niño ya va a salir a su domicilio.

Equipo para el baño de aceite.

- 1 recipiente con agua caliente

- 1 pescadera (o riñón, para calentar el aceite y la sal boricada a baño maría).
- 2 vasitos.
 - Torundas de algodón (4 grandes y 4 chicas)
 - Isopos de algodón
 - Compresa
 - Solución boricada en un frasquito.
 - aceite en un frasquito.
- 1 bolsa para desperdicios
- Ropa para el niño.

CUIDADOS DEL PREMATURO A DOMICILIO

Si el niño ha de permanecer en su domicilio es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

- 1.— Disponer de condiciones adecuadas, incluyendo un cuarto en que se puede aislar al niño de los demás miembros de la familia.
- 2.— Cuarto de baño con calefacción.
- 3.— Algún tipo de lecho con calefacción.
- 4.— Disponer de oxígeno en todo momento.
- 5.— Instruir a la madre a cerca de los cuidados especiales que el niño requiere.
- 6.— Una enfermera visitadora, orientará a la madre y seguirá los progresos evolutivos.
- 7.— Precisa vigilancia médica.

El lecho con calefacción o incubadoras depende de los medios con que se cuente, puede hacerse calentando la cuna con bolsas de agua caliente y en ocasiones se recurre al empleo de botellas con agua caliente